OŚWIADCZENIE (*wypełnia pacjent)*

Ja .....

legitymujący/a się Dowodem Osobistym seria ..... Nr .....

wydanym przez .....

urodzony/a ..... w ..... Pesel: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

imiona rodziców .....

nazwisko panieńskie .....

zam. .....

telefon kontaktowy: ..... kom: .....

Jako osobę do kontaktu w sprawie mojego stanu zdrowia upoważniam:

Panią/a ..... pokrewieństwo .....

zam. .....

telefon kontaktowy: ..... kom: .....

wyrażam zgodę na:

1) pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Człuchowie począwszy od wyznaczonego dnia przyjęcia
2) potrącanie opłaty za pobyt (*koszty wyżywienia i zakwaterowania*) w w/w Zakładzie przez właściwy organ emerytalno – rentowy ze świadczenia –(decyzja nr ..... z dnia .....)
3) odbioru zasiłku stałego wyrównawczego, renty socjalnej itp. – (decyzja nr ..... z dnia .....) przez w/w Zakład, tytułem pokrycia kosztów wyżywienia i zakwaterowania.
4) Oświadczam też, iż środki utrzymania przeznaczone na opłacenie pobytu w ZOL nie są zajęte ani obciążone prawami osób trzecich

5) Oświadczam, iż moim lekarzem rodzinnym jest Pan/i .....
   Przyjmujący/a w .....fax .....
   Pielęgniarką środowiskowo – rodzinną jest .....
   .....fax.....

(nazwa i adres i telefon Przychodni/ Ośrodka Zdrowia)

..... dnia ....

miejscowość *podpis*